41e Année. — N° 21 Vendredi 25 Mai 1894

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique infantile : Le frein de la langue, par M. le Dr Chervin, 321. — **Bibliographie :** Leçons de clinique médicale, par le Dr E. Lancereaux, 324. — **Académie de médecine :** *Séance du 22 mai* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Virulence du vaccin animal, 326. — Election, 326. — Hystéropexie vaginale antérieure dans le traitement des rétro-déviations utérines, 326. — Traitement de l'épithélioma des paupières par le bleu de méthyle, 326.—Prix Stanski,326.—**Société médicale des hôpitaux :** *Séance du 18 mai* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Un cas de gangrène humide par thrombose de la veine fémorale, 326. - Staphylocoque doré et staphylocoque blanc,327. —Sur un cas d'intoxication hydatique, 327. — Un cas de myxœdème guéri par le traitement thyroïdien. 327. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie :** *Séance du 10 mai* 1894. — Présidence de M. E. Besnier *(suite et fin)*. — Syphilide papulo-squameuse zoniforme du thorax, 327. — Eléphantiasis de la verge, 327. — Xanthome juvénile, 327. — Pian ou syphilis, 327. — Varices généralisées, 328. — Nouveau cas de trichotillomanie, 328. — Eruption bizarre de la paume des mains due à l'antipyrine, 328. — Mycosis fongoïde, 328. **Société médicale du VIe arrondissement :** *Séance du 2 avril* 1894. — Rupture spontanée du globe oculaire dans le glaucome, 329. — **Société de chirurgie :** *Séance du 23 mai* 1894.— Présidence de M.Lucas-Championnière. — Ethérisation et chloroformisation, 330. — Laparotomies exploratrices devenant curatives par elles-mêmes, 330. — Coxalgie et résection de la hanche, 331. — Corps étranger de l'œsophage. Pièce de monnaie restée sept jours chez un enfant de 4 ans, 331. — Section du nerf médian. Retour des mouvements et de la sensibilité, 331. — Luxation latérale externe datant de trois ans. Résection du coude, 331. — Adénome de la paroi postérieure de l'estomac. Résection, 331. — Kystes hydatiques du foie et de la cavité abdominale, 331. — **Variétés :** Contractures, ankyloses, mystères et miracles, par le Dr E. Verrier, 331. — Origine de la percussion dans son application à la médecine, 333. — **Memento pratique** : Traitement du rachitisme par le phosphore, 334.— **Nouvelles**, 334.— **Bulletin bibliographique**, 336.

CLINIQUE INFANTILE

Le frein de la langue (1),

Par M. le Dr Chervin,
Directeur de l'Institut des bègues de Paris.

J'ai été bien souvent consulté sur l'utilité de la section du frein de la langue dans le but d'assurer une parole facile. A l'ordinaire, cette pratique me paraît absolument inutile. Mais comme elle est pour ainsi dire entrée dans les mœurs — au moins dans certaines régions — j'ai cru qu'il n'était pas déplacé d'appeler l'attention des médecins sur ce mince sujet.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 12 mai 1894.

Je serais fort empêché de faire un historique complet de cette question. En effet, aussi loin qu'on remonte dans l'antiquité, on retrouve cette habitude de la section du frein de la langue non seulement dans le cas de soudure complète de la langue au plancher de la bouche, non seulement comme moyen curatif de défauts de prononciation existant, mais encore et surtout sur des nouveau-nés, comme mesure préventive destinée à assurer, dans l'avenir, aux enfants, une élocution satisfaisante.

Dans cet ordre d'idées, il s'est même créé une série de légendes qui ont donné naissance à des proverbes qui reflètent, comme chacun sait, la sagesse des nations : « Il a le filet bien coupé », dit-on d'une personne qui parle beaucoup. Au XVIIIe siècle, on disait couramment d'un grand parleur : « Il n'a pas de filet ».

Dans son épitre IX, Boileau s'exprime ainsi :

> Tout charme en un enfant, dont la langue sans fard,
> A peine du filet encore débarrassée,
> Sait d'un air innocent bégayer sa pensée.

Les Folkloristes qui nous renseignent sur les coutumes de nos aïeux nous montrent que cette pratique est, à l'heure actuelle, encore très répandue.

M. Sebillot affirme que l'usage de couper le frein ou le *sublet* est à peu près général dans les campagnes de la haute Bretagne.

M. Moisset assure que dans l'Yonne, c'est une opinion acceptée par tous, que si l'on omettait de couper le frein aux nouveau-nés, l'enfant serait muet.

Dans le Poitou, suivant M. Desaivre, on dit à quelqu'un qui parle beaucoup : « Celui qui t'a coupé le lignoux, n'a pas volé ses cinq sous ». On s'empresse de couper le lignoux aux nouveau-nés, dès leur naissance, parce qu'on croit qu'il empêcherait l'enfant de téter et plus tard de parler.

J'en passe et des meilleures.

Donc, c'est un préjugé à peu près général que la section du frein est indispensable pour assurer aux enfants une parole facile. Faut-il ajouter que, dans certaines régions, l'opération ne va pas sans un petit cérémonial tout à fait réjouissant, une sorte d'incantation, qui doit assurer le jeune opéré, pour le reste de ses jours, contre toute espèce de troubles de la parole.

Ce sont d'ordinaire les matrones et les sages-femmes qui font l'opération. Et comme les ciseaux sont d'un emploi difficile, l'opération se fait avec l'ongle du petit

doigt que ces respectables personnes laissent croître démesurément, pour permettre la section du frein en promenant l'auriculaire sous la langue de l'enfant. Au point de vue antiseptique le procédé n'est assurément pas irréprochable!

Quelquefois on s'adresse au médecin qui, soit par habitude, soit pour donner satisfaction au désir des familles, accepte de faire la section du frein.

Cette habitude si répandue a sa source dans le désir qu'ont toutes les mères de voir parler leurs enfants. On sait quelle est leur joie et leur orgueil lorsque l'enfant a bégayé son premier mot. Or, il faut bien reconnaître que le repli muqueux qui va de la langue au plancher de la bouche a toujours paru être destiné à maintenir la langue; le nom de *frein* qu'il porte explique et justifie cette idée très ancienne. De là à considérer ce frein comme trop étroit, trop gênant, il n'y a qu'un pas que la tendresse maternelle a facilement franchi.

C'est peut-être bien aussi un peu la faute de nos premiers anatomistes qui ont donné, le plus souvent à tort, le nom de frein à des brides molles disposées, selon eux, de manière à limiter les mouvements de certains organes. N'a-t-on pas été jusqu'à donner le nom de frein de la glande pinéale aux pédoncules supérieurs de cet organe. En réalité, le frein de la langue ne gêne pas plus les mouvements linguaux que le frein de la lèvre supérieure ne gêne les mouvements labiaux. D'autre part, il ne faut pas remonter bien haut dans le passé pour trouver ce préjugé que les défauts de prononciation et notamment le bégaiement sont dus à des malformations de la langue. On se souvient des opérations tentées il y a une cinquantaine d'années, par les meilleurs chirurgiens de l'époque : Velpeau, Dupuytren, Amussat, Jobert de Lamballe, Bonnet (de Lyon) Dieffenbach (de Berlin), etc., etc.

On venait d'obtenir la guérison du strabisme par la section des muscles de l'œil; on crut trouver dans la section de la langue ou des génioglosses un moyen analogue de guérir le bégaiement. L'enthousiasme des ténotomistes fut court à la vérité et ne dura pas beaucoup plus d'un trimestre. Mais, pendant ces cent jours, les bègues passèrent de mauvais quarts d'heure et notre spirituel confrère, Amédée Dechambre, qui, à cette époque, faisait le feuilleton du journal l'*Esculape*, écrivait que pour échapper à la fureur opératoire des chirurgiens bégayotomistes, « les louches marchent maintenant les paupières baissées et les bègues se font muets dans la crainte de se voir accrocher à l'improviste au milieu de la rue, qui par les yeux, qui par la langue ».

Cette boutade humouristique montre bien que l'idée de la localisation des troubles de la parole dans la langue avait arrêté, plus que de raison, l'attention d'hommes de science d'une incontestable valeur.

J'ajoute que très souvent on me présente des sujets atteints de bégaiement en appelant mon examen sur le fait qu'on leur trouve la langue trop courte ou trop longue, et l'on m'apprend qu'on n'a pas manqué de leur faire couper le frein, mais que l'opération a dû être mal faite puisque le sujet bégaye quand même.

Je disais tout à l'heure que la tendresse maternelle avait certainement créé cette habitude de la section du frein comme mesure préventive des troubles de la parole. Dans un autre ordre d'idées, je trouve des pratiques analogues installées également comme moyen prophylactique des angines : c'est l'excision de la luette.

M. le Dr Tholozan a communiqué à l'Académie de médecine une note sur l'excision de la luette par les barbiers persans. M. Tholozan affirme que dans les districts de Semnan et de Firouz-Kouh, situés à cinq journées de marche à l'est de Téhéran, l'excision de la luette est pratiquée par les barbiers persans chez presque tous les enfants, comme moyen prophylactique des inflammations de la gorge. M. Tholozan fait remarquer avec raison qu'il n'est pas sans intérêt de voir que cette pratique n'existe dans aucune autre localité de la Perse et qu'elle reste cantonnée dans les deux petites villes citées plus haut et dans les villages qui les environnent, où les maladies inflammatoires et catarrhales sont assez fréquentes.

J'ai recherché s'il n'y aurait pas un rapport à établir entre la fréquence des défauts de prononciation dans une région et le plus ou moins de diffusion de cette coutume de sectionner le frein. Je n'ai pu arriver à établir une concordance entre ces deux choses. D'après une statistique du bégaiement dressée par mon père en utilisant les procès-verbaux des conseils de revision pour le recrutement de l'armée, il résulte que les cas d'exemption du service militaire pour cause de bégaiement sont beaucoup plus nombreux dans le Midi que dans le Nord, dans l'Ouest que dans l'Est. Or, la coutume de la section du frein d'après les documents recueillis par les Folkloristes ne concorde pas avec cette indication géographique.

*
* *

Ces quelques considérations historiques établies, examinons maintenant la question au point de vue scientifique. Il ne suffit pas, en effet, d'avoir dit que la section du frein est le plus souvent inutile, il faut démontrer qu'elle n'a que des applications extrêmement restreintes; je vais donc rappeler, aussi brièvement que possible, quelques points d'anatomie qui se rattachent au sujet.

Pour bien observer la région, il suffit de porter la pointe de la langue en haut en touchant la voûte palatine. On voit alors, sur la ligne médiane, un sillon longitudinal qui se termine par un repli muqueux qui sépare cette face inférieure de la langue en deux moitiés latérales, parfaitement symétriques. Ce repli muqueux c'est le frein de la langue.

De chaque côté, deux cordons noirâtres forment un léger relief : ce sont les veines ranines. Enfin, derrière

t cela, la saillie des muscles linguaux et sur cette
llie de courtes franges muqueuses, déchiquetées,
e certains anatomistes considèrent comme les débris
l'adhérence qui fixe la langue au plancher de la
uche pendant les premiers mois de la vie fœtale. Le
in de la langue a des proportions assez variables.
plus ordinairement c'est un simple repli muqueux
ciforme, à concavité antérieure, et d'un centimètre
viron de longueur sur quelques millimètres de lar-
ur. A l'état normal la langue a des mouvements
ne amplitude assez étendue. Elle peut, en se repliant
r elle-même, atteindre, par sa pointe, jusqu'à la
gne de démarcation entre la voûte osseuse et le voile
ou du palais. En avant, la langue peut être portée
rs de la bouche d'une longueur de plusieurs centi-
ètres. Elle comporte également des mouvements la-
raux très faciles. Mais il est quelques cas pathologi-
ues dont je vais parler et dans lesquels la motilité de
langue est considérablement diminuée.

On désigne sous le nom d'*ankyloglosse* toute adhé-
ence anormale, congénitale ou acquise, qui immobi-
se, plus ou moins, la langue en un point de la bouche.
Cette adhérence peut se faire soit en haut au palais,
oit latéralement à gauche ou à droite, soit encore en
as, fixant la langue sur le plancher buccal.

Je ne dirai rien des cas d'adhésions congénitales de
a langue au palais ; ce sont des raretés pathologiques
peine mentionnées par les auteurs. De même pour les
nkyloglosses latérales qui ne se produisent que consé-
utivement à des gingivoglossites ou au scorbut.

Restent donc les cas d'ankyloglosse inférieure, dans
esquels il faut distinguer les adhérences totales de la
angue avec le plancher de la bouche et retenant par
conséquent celle-ci dans une immobilité relative, des
as beaucoup plus modestes où il s'agit d'un simple pro-
ongement anormal du frein gênant quelque peu les
mouvements de la langue.

Dans les cas de brides membraneuses congénitales
avec adhésion de la langue au plancher buccal, les nou-
veaux nés ne peuvent téter. Et il est facile de s'aperce-
voir que malgré des tentatives de toute nature la lan-
gue reste immobile ; il semble même que l'enfant n'a
pas de langue, car on ne voit rien s'agiter dans sa
bouche.

Quelquefois même il y a malformation de la langue
comme par exemple dans l'observation communiquée,
en 1883, à la Société de chirurgie par M. Ch. Duplouy,
de Rochefort-sur-Mer, où il s'agissait non seulement
d'une soudure complète de la langue au plancher de la
bouche, mais encore d'atrophie de l'organe dans son
tiers antérieur.

Il est juste de faire remarquer que tous ces cas sont
fort rares ; lorsqu'ils se présentent, le devoir du chi-
rurgien est tout tracé, il s'agit de sauver la vie de l'en-
fant, en lui permettant de s'alimenter.

J'arrive enfin aux cas qui font l'objet de cette note,
je veux parler de l'ankyloglosse médiane inférieure ou
filet.

J'ai dit que d'ordinaire le frein de la langue est un
simple repli muqueux d'un centimètre de longueur.

Mais dans ces cas d'ankyloglosse médiane inférieure
le frein a une longueur démesurée, et atteint parfois
jusqu'à la pointe de la langue dont il gêne les mouve-
ments pour la succion. Il s'agit donc de débrider la
langue en sectionnant le frein trop long d'avant en ar-
rière, et trop court de haut en bas. Dans ces cas l'in-
tervention chirurgicale s'impose également ; elle est
moins difficile que dans les cas précédents d'ankylo-
glosse inférieure totale, mais elle demande cependant
une certaine habileté de main. Il n'est pas toujours
très aisé d'opérer dans une petite bouche de nouveau-
né, et le moindre mouvement inconsidéré de l'enfant
peut causer une blessure des veines ranines amenant
une hémorrhagie toujours difficile à arrêter, et qui
même dans certaines circonstances malheureuses a em-
porté le petit malade en quelques heures.

Le manuel opératoire mérite donc quelque attention.
Il ne faut pas, — au moins pour les nouveau-nés — se
contenter du procédé antique qui consiste à prendre
la la langue de la main gauche et à couper le frein avec
des ciseaux tenus de la main droite.

Celse, qui nous a donné un résumé d'une merveil-
leuse clarté de l'état de la science depuis Hippocrate
jusqu'aux premières années de notre ère, ne faisait pas
autrement. Voici, en effet, comment il s'exprime à ce
sujet :

« La langue, chez certains sujets, se trouve dès la
naissance adhérente aux parties sous-jacentes ; de sorte
qu'il en résulte une impossibilité de parler. Dans ce
cas, il faut saisir l'extrémité de cet organe avec une
pince, et couper la membrane qui est au-dessous, en
ayant bien soin de ne point ouvrir les veines qui sont à
côté, car il surviendrait une hémorrhagie qui pourrait
avoir des suites fâcheuses. La plupart des sujets par-
lent, dès qu'ils sont guéris des suites de cette opéra-
tion. J'ai cependant connu une personne à laquelle on
l'avait faite et qui ne put parler, quoiqu'elle portât la
langue bien au-delà des dents. Tant il est vrai en mé-
decine que l'effet ne répond pas toujours à ce que l'on
a lieu d'attendre, lors même qu'on a fait tout ce que
les règles de l'art prescrivent. »

Cette citation de Celse est parfaitement intéressante
en ce qu'elle nous montre clairement qu'elle était la
tradition déjà de son temps et, chose curieuse, le mode
opératoire n'a pas varié pour ainsi dire, depuis l'anti-
quité la plus reculée jusqu'à nos jours. Un procédé opé-
ratoire qui peut se réclamer de vingt siècles d'exis-
tence est assurément chose peu commune. Il n'y a
vraiment que les erreurs pour avoir une vitalité pa-
reille.

Colombat, qui fut un des plus ardents partisans de
cette opération, puisqu'il annonce en avoir fait plus de

400 en douze ans, avait quelque peu compliqué le manuel opératoire.

Voici comment il s'exprime à ce sujet :

« La manière de faire la section du filet le plus généralement et presque la seule employée de nos jours est celle de Ledran, qui consiste à engager ce repli fibro-muqueux de la langue dans la fente de la plaque d'une sonde cannelée tenue de la main gauche, pendant que la main droite pratique une incision sur cette membrane d'un coup de ciseaux et dans une étendue convenable. Cette manière d'opérer qui ne donne lieu qu'à la section pure et simple du filet qui ne remplit que très imparfaitement le but qu'on se propose et n'offre que des avantages d'une existence éphémère, parce que les deux surfaces sanglantes résultant d'une simple division se réunissent presque immédiatement, et mettent de nouveau la langue dans les conditions où elle se trouvait avant l'opération, si, comme cela arrive souvent, elles ne sont pas encore plus défavorables.

« C'est dans le but d'éviter la réunion des deux parties divisées et par conséquent pour profiter le plus possible de tout le bénéfice de l'opération, que nous avons imaginé une espèce de sécateur emporte-pièce, coupant seulement au centre de la courbure de ses lames, de manière à exciser d'un seul coup le frein et à éviter toujours les artères ranines qui sont protégées par une plaque *ad hoc* fixée sur un manche coudé, dans la rainure de laquelle la membrane sublinguale doit être logée. Cette dernière étant excisée complètement et non pas simplement divisée ainsi que cela a lieu dans la méthode ordinaire, il n'y a pas de réunion possible et la cicatrisation s'opère comme dans les plaies avec perte de substance. Cette manière d'opérer, employée par nous plus de 400 fois depuis douze ans sur des personnes que nous avons eu à traiter de différents vices de l'articulation, nous a toujours parfaitement réussi, et n'a jamais été suivie d'aucun accident. Nous devons dire, il est vrai, que la plupart de ces accidents n'ont été observés que sur des enfants à la mamelle, tandis que nous n'avons presque toujours opéré que sur des sujets âgés de 10 à 60 ans affectés d'un vice de parole. Ce n'est pas que nous regardions cette membrane comme étant jamais la cause du bégaiement proprement dit, mais bien parce que son existence peut être souvent un obstacle à l'application de notre méthode orthophonique, et surtout à l'articulation facile des lettres linguales. »

Il me paraît inutile d'insister sur l'erreur de Colombat, relativement à la gêne causée ordinairement par le frein dans l'articulation linguale. De plus, bien que sa méthode orthophonique fût essentiellement artificielle et mécanique, et qu'elle poussât, jusqu'à l'exagération, la gymnastique linguale, je doute fort que la section du frein lui ait jamais rendu les services dont il a parlé.

Quant au procédé opératoire de Colombat, il est ingénieux et intéressant à citer, mais je ne crois pas que l'excision du frein s'impose et que le sécateur emporte-pièce soit indispensable. J'estime qu'une sonde cannelée et des ciseaux mousses suffisent.

Mais il est un point sur lequel je ne saurais trop appeler l'attention des praticiens, c'est qu'ils ne doivent pas se laisser entraîner par la facilité relative de l'opération et les réclamations des parents. Ils ne doivent consentir à la section du frein que lorsqu'il est hors de doute pour eux que l'enfant ne peut pas téter parce que le frein est vicieusement implanté, et que sa vie dépend de l'opération.

J'ai vu, pour ma part, des familles s'alarmer de ce que leur bébé tétait mal et croire que l'enfant avait — comme ils disaient — la langue *nouée*, alors qu'il s'agissait simplement d'enfants mal habiles dans la succion. Avec un peu de patience et quelques exercices de succion sur le doigt, de façon à apprendre à l'enfant à placer sa langue, l'émotion de la famille était dissipée et l'opération, qu'on croyait inévitable, était déclarée inutile par tout le monde.

Pour me résumer, je crois que les ankyloglosses, quelles qu'en soient les variétés, constituent des cas rares et qu'il faut y regarder à deux fois avant de se livrer à une opération insignifiante en elle-même, mais qui, en raison de l'âge de l'enfant, peut présenter des dangers sérieux.

Mais s'il faut être circonspect pour des ankiloglosses plus ou moins réelles, avec quelle énergie le chirurgien ne doit-il pas refuser l'opération de la section du frein lorsqu'elle est demandée simplement par habitude locale, à titre de prophylaxie, pour garantir ultérieurement l'enfant contre des troubles de la future parole ?

J'ai montré, en effet, que ce n'était qu'un préjugé que rien ne justifiait, que les défauts de prononciation ne tenaient pas à l'existence du frein de la langue, comme le croyait Colombat, qu'on était tout juste aussi avancé après l'opération qu'avant.

Enfin, je sais que quelquefois, aujourd'hui encore, des familles sollicitent de leur médecin cette section du frein, non plus comme mesure préventive, mais comme moyen curatif du bégaiement ou de la blésité pour un enfant ou un adulte. Il faut charitablement les prévenir qu'elles se trompent, que ces opérations sont absolument inutiles et que tous ces défauts de prononciation ne sont justiciables que d'une éducation méthodique, naturelle et rationnelle des organes de la voix, dont la durée ne dépasse pas trois semaines.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu (années 1879-93) par le Dr E. Lancereaux. — Paris, ancienne maison Delahaye, L. Bataille et Cie, éditeurs, 1894.

Dans un premier volume de leçons cliniques, M. Lan-

reaux avait étudié les intoxications et les maladies nstitutionnelles; aujourd'hui il publie un second lume consacré à l'étude des affections des artères, du ur et des reins. Ce sont là des sujets familiers à l'au- ır, aussi bien au point de vue clinique qu'anatomique.

nombre des travaux publiés par le professeur sur s différentes questions est considérable, et c'est à x qu'il faut s'adresser si l'on veut avoir des notions mplètes et exactes de ce domaine de la pathologie. mme tout ce qui a été vécu, ce livre est d'une lec- re attrayante par les faits nombreux qui y sont rap- rtés, l'esprit clinique qui y domine et qui tient tou- ırs compte cependant de l'anatomie pathologique.

Des leçons fort intéressantes sont d'abord consacrées parasitisme chez l'homme. Les caractères du parasite, biologie, les localisations, les réactions qu'il provoque ns l'organisme sont exposés avec des détails pleins ntérêt. Les réactions déterminées par les simples rasites animaux sont purement locales et mécaniques, caractère peut servir à établir deux groupes distincts l'absence de caractère objectif certain permettant rattacher le parasite au règne animal ou végétal.

Une partie considérable du volume est consacrée à tude des symptômes et des lésions des phlegmasies térielles et cardiaques, tout en ne perdant pas de vue s causes sous l'influence desquelles elles se dévelop- nt. M. Lancereaux décrit les trois types suivants : le emier qui débute par la tunique externe est consti- é par l'artérite circonscrite, oblitérante ou anévrys- atique. Il a pour origine la syphilis, la tuberculose encore une embolie. Le second, qui débute de même, t représenté par l'artérite en plaques. Il est assez mmun chez les personnes atteintes d'intoxication lustre. Enfin un troisième type est constitué par ndartérite ou artério sclérose généralisées.

En pathologie cardiaque, M. Lancereaux consacre uelques chapitres à la description d'un certain nombre e types morbides, parmi lesquels nous citerons les iverses formes anatomiques d'endocardite, les myocar- ites parenchymateuses et scléreuses, puis les cardio- athies qui comprennent l'artério-sclérose des artères ronaires, leur rétrécissement, leur oblitération et altération de leurs branches. Les hyperémies passives u angiopathiques, les hyperémies actives ou névropa- iques du cœur forment un chapitre à part de cette artie que termine l'histoire des névrites ou névroses ardiaques (ralentissement du pouls, angine de poitrine, achycardie).

La plus grande partie de ce volume est consacrée à 'histoire des affections des reins. Après un chapitre ur les déplacements du rein, leurs conditions étiolo- iques et pathogéniques et leur traitement, l'auteur borde l'histoire des néphrites qu'il a classées suivant ne division anatomique que depuis langtemps il défend ans ses ouvrages. La structure des reins se réduit à eux éléments principaux : l'un fonctionnel qui est 'épithélium, l'autre nutritif qui est le stroma conjonc- tif dans lequel courent les artères, les veines et les lymphatiques. Or, la division basée sur la distinction de ces éléments, a l'avantage d'être en rapport avec les conditions étiologiques. Or, comme le fait remar- quer M. Lancereaux les deux éléments, épithélial et conjonctif, fonctionnel et nutritif, sont distincts pendant tout le cours de l'existence, non seulement par une fonction, mais encore par leur réaction en présence des agents morbigènes. Les affections épithéliales se montrent sous deux types distincts, le premier appar- tient à la classe des phlegmasies, ce sont les néphrites épithéliales ou parenchymateuses, les autres à celle des néoplasies (épithéliomes).

Les affections conjonctives comportent les mêmes subdivisions, les unes sont représentées par les proces- sus scléreux, les autres par le fibrome, le lymphome, l'endothéliome. Les néphrites conjonctives comprennent d'ailleurs deux groupes : les néphrites suppuratives et les néphrites scléreuses relevant de l'action de causes très diverses, plomb, impaludisme, syphilis, lèpre, tuber- culose.

Parmi les néphropathies vasculaires, la néphrite par étroitesse congénitale des artères mérite une mention spéciale. Elle s'observe chez les jeunes sujets atteints d'un rétrécissement généralisé de tout le système arté- riel. L'hérédité a une part importante dans l'étiologie de cette affection qui se traduit par la polyurie, de l'hypertrophie cardiaque, des œdèmes fugaces. Pendant longtemps elle peut se manifester seulement par des symptômes qui rappellent ceux de la chlorose, tels que dyspnée, palpitations fréquentes. Mais l'individu atteint d'aplasie artérielle offre un certain caractère d'infan- tilisme, les membres sont grêles, le système fibreux et les organes génitaux n'atteignent pas leur complet développement.

Un chapitre très développé sur l'urémie forme une conclusion naturelle à l'histoire des néphrites. L'auteur décrit les accidents urémiques des voies digestives, du système nerveux, les lésions et les complications de l'urémie, enfin les conditions pathogéniques, et le trai- tement qui offre deux méthodes.

La première, celle de la neutralisation qui a pour but d'enrayer l'action des agents toxiques charriés par le sang, reste encore à trouver. La deuxième, méthode d'élimination, a pour but de suppléer à l'insuffisance rénale par dérivation sur un autre émonctoire. La phy- siologie, la clinique, l'anatomie pathologique sont d'accord pour nous indiquer cette dernière manière d'agir. Ce sont surtout les purgatifs qui constituent la base du traitement; dans ce cas il faut s'adresser surtout aux drastiques.

Pour agir plus ou moins directement sur le rein, lorsque la diurèse se fait encore et que le cœur fléchit, on s'adresse à la digitale, à la caféine. Dans les néphrites épithéliales, M. Lancereaux a recommandé la cantha- ride qui agit en modifiant l'épithélium. La teinture de cantharide est employée dans ce cas à la dose de six à

douze gouttes dans les vingt-quatre heures. Dans les néphrites conjonctives qui aboutissent à la sclérose, l'iodure de potassium, par contre, peut donner de bons résultats.

Nous signalerons enfin d'autres chapitres qui, pour ne tenir qu'une place restreinte, n'en sont pas moins intéressants. Tels sont ceux relatifs aux névroses rénales, à la lithiase rénale, au rôle des glandes vasculaires sanguines pendant la période de croissance, au tabès médullaire et à ses conditions pathogéniques et à ses rapports avec la syphilis.

Ces leçons cliniques constituent pour certaines parties de véritables chapitres de pathologie en raison de l'étendue des développements. Leur tendance doctrinale, ainsi que le dit le professeur, est de montrer que la maladie n'est pas dans l'organe, que celui-ci en est le simple support. C'est également la tendance de l'époque médicale actuelle. Signalons en passant un précepte qu'il est bon de retenir, c'est que les moyens thérapeutiques qui visent l'agent pathogène, le trouble fonctionnel ou la lésion, doivent être simples et peu nombreux, sous peine de mal juger de leur efficacité. La guérison d'un malade dépend de prescriptions simples, assurées de leurs effets et non de longues ordonnances.

L. Jumon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

Virulence du vaccin animal. — M. Charpentier présente, de la part de MM. Chambon et Saint-Yves Ménard, une note pour démontrer que la vaccination de génisse à bras est incontestablement supérieure à la vaccination avec la pulpe conservée et que le vaccin bien pur a son maximum de virulence à l'état frais.

M. Hervieux. La pulpe fraîche donne tous les jours, entre les mains des praticiens auxquels des envois sont faits par l'Académie, d'excellents résultats ; sur la question de la pulpe ancienne, l'expérience est moins grande, le vaccin de l'Académie n'ayant presque jamais le temps de séjourner dans la glacière.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un associé national. M. Lépine (de Lyon), porté en 2e ligne sur la liste, a écrit à l'Académie qu'il refusait de se porter candidat contre son maître M. Rollet.

Au premier tour de scrutin, sur 79 votants, majorité 40, M. Rollet (de Lyon) obtient 39 voix contre 37 données à M. Renault (de Lyon) et 3 bulletins blancs.

Au second tour de scrutin, sur 74 votants, majorité 38, M. Rollet est élu par 41 voix contre 32 données à M. Renault et 1 bulletin blanc.

Hystéropexie vaginale antérieure dans le traitement des rétro-déviations utérines. — M. Le Dentu lit un rapport sur un travail de M. Pichevin portant ce titre.

Cette opération, réalisée pour la première fois par Wackenrodt et Dührssen, a une grande vogue en Allemagne. M. Pichevin, remarquant que le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin descend parfois sur la face antérieure du c au lieu de s'arrêter au-dessus du niveau de l'orifice intern recommande de prolonger le décollement du péritoi aussi haut que possible en avant du corps de l'utérus, af d'éviter qu'une anse intestinale soit traversée par les f fixateurs. D'autre part, M. Pichevin, ayant remarqué q les tractions sur le col après la dissection de la vessie longeaient beaucoup l'utérus, a adopté, en la modifiant, pince hystéromètre de Orthmann.

Sur deux malades opérées par ce procédé, l'utérus parfaitement gardé la position où il avait été fixé.

Traitement de l'épithélioma des paupières par le bleu méthyle. — M. Darier relate une série de cas de tumeu cancéreuses de la face, guéries très rapidement par d attouchements quotidiens au bleu de méthyle, 1 0/0. médicament paraît avoir une action spécifique sur l'él ment cancéreux ; il peut, s'il est bien appliqué, amener lui seul la guérison, mais ce résultat est beaucoup pl vite atteint si l'on cautérise d'abord la partie malade, s avec l'acide chromique soit avec le galvanocautère.

Dans les tumeurs profondes, le bleu de méthyle doit êt employé en injections hypodermiques : dans les tumeu ayant détruit une surface cutanée étendue, M. Darier r commande de compléter la guérison par des greffes ép dermiques qu'on appliquera du quinzième au vingt unième jour. (Comm. : MM. Panas et Besnier.)

Prix Stanski. — M. Worms lit un rapport sur les mémoir envoyés pour le prix.

A 4 heures 1/2, l'Académie se forme en comité secr pour entendre le rapport de M. Cadet de Gassicourt sur l candidats aux places de correspondant national dans la d vision de médecine. La liste de présentation comprend 1° M. Mairet (de Montpellier) ; 2° M. Liégeois (de Banville aux-Saules) ; 3° (*ex æquo*) MM. Bertrand (de Cherbourg) Vergely (de Bordeaux) ; 4° (*ex æquo*) MM. Tessier (de Lyo et Testut (de Lyon.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 mai 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Un cas de gangrène humide par thrombose de la veine fémorale. — M. Galliard. Si les chirurgiens ont reconnu qu la ligature de la veine fémorale au pli de l'aine pouva causer la gangrène du pied, les médecins n'ont accep qu'avec réserve les observations de gangrène de l'extrémi inférieure par thrombose veineuse. Cruveilhier a soumis une critique sévère l'observation de Fabrice de Helden (159 qui pendant longtemps avait paru démonstrative.

Il existe cependant quelques cas authentiques de gangrè du pied dans la phegmatia alba dolens des accouchées des cachectiques. Mon observation se rapporte à une fil de 27 ans, atteinte de cancer de la région pylorique av vomissements incoercibles, et ayant subi au mois de jan vier 1894, la gastro-entérostomie. Après une période bien-être relatif la malade entra dans mon service le 9 avri ne vomissant plus, mais profondément cachectique, av des noyaux cancéreux sous cutanés et une infiltration ca céreuse de la cicatrice abdominale résultant de la laparo tomie ; pas d'adénopathie sus-claviculaire, inguinale axillaire. En outre, insuffisance mitrale, pas d'albumin

as l'urine. Vers le commencement du mois, diarrhée, les nissements font toujours défaut. Le 6 mai, en découant la malade on constate que la cuisse et la jambe uche, jusqu'alors non œdématiées, sont enflées, et qu'il en outre gangrène des orteils. Les jours suivants l'œdème ccentue au membre inférieur gauche, les veines sous-tanées se dilatent légèrement, l'artère fémorale cesse de ttre, la gangrène (à forme humide) envahit la totalité du d. Somnolence, dépression cérébrale. Mort dans le masme le 12 mai.

A l'autopsie, intégrité absolue des artères du membre inieur gauche; caillot fibrineux résistant et adhérent à la roi veineuse épaissie, dans la veine fémorale au niveau au-dessus de l'embouchure de la fémorale, profonde et de saphène interne. Caillots mous, rougeâtres, dans toute tendue des veines profondes jusqu'au pied, oblitération la saphène externe par des caillots de même nature.

Staphylocoque doré et staphylocoque blanc. — M. Netter, atiquant l'autopsie d'un sujet atteint d'ostéomyélite et ant vu survenir un furoncle d'inoculation au médius de propre main droite, put reconnaître dans ce furoncle la ésence du staphylococcus pyogènes aureus. L'ostéoyélite, par contre, ne contenait que du staphylocoque anc Ce fait semble prouver la transformation possible de s deux variétés l'une dans l'autre, comme l'admettent rtains auteurs.

Sur un cas d'intoxication hydatique. — M. Achard rapporte bservation curieuse de trois personnes qui, après une topsie de kyste hydatique de l'aisselle, furent prises succssivement, les deux premières d'une éruption ortiée très ridente et prurigineuse, la troisième, d'accidents généaux, de diarrhée, etc. Il est bien certain qu'il n'y a pas là mple coïncidence fortuite et que seule l'intoxication ydatique peut en donner la raison; cette intoxication est videmment la cause des deux faits d'urticaire, si on ne eut être assuré qu'elle est la cause du troisième groupe 'accidents.

Un cas de myxœdème guéri par le traitement thyroïdien. — I. Marie présente une malade qui a été atteinte de myxœdème et guérie par le traitement thyroïdien, prescrit par le Dr Canter, de Liège. Il avait vu lui-même cette malade en 890, et n'avait pu, à cette époque où l'on ne connaissait as le traitement thyroïdien, faire qu'un traitement banal. On peut la considérer actuellement comme guérie, quoiqu'il reste des vestiges du myxœdème, d'où la nécessité de la maintenir à une ration d'entretien de deux lobes par semaine.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 *mai* 1894. — *Présidence de* M. E. Besnier.

(Suite et fin.)

Syphilide papulo-squameuse zoniforme du thorax. — MM. Gaucher et Barbe. L'éruption que présente cette malade commence en arrière à gauche au niveau de la partie inférieure de la colonne vertébrale, contourne le thorax, passe au-dessous du sein gauche et se termine en avant juste sur la ligne médiane. Il n'y a pas trace de vésicules ni de groupe de vésicules. Il est évident qu'on a affaire à une syphilide papulo-squameuse, caractérisée par des papules peu saillantes, légèrement cuivrées, recouvertes d'une squame plus ou moins épaisse et disséminées suivant le trajet indiqué, sous forme de groupes bien limités. Pas de démangeaison, du reste.

Cette lésion a débuté il y a cinq ans environ, à la suite d'un point de côté violent qui aurait persisté un mois environ.

Depuis cinq ans, elle n'a jamais complètement disparu.

Comme antécédents : quelques mois avant le début des accidents, écoulement vaginal, à la suite d'une vie accidentée, croûtes sur la tête, sans chute des cheveux ; fatigue générale, jamais de roséole ni plaques muqueuses. Pas d'autres lésions sur le corps, sauf un groupe de papules squameuses au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, absolument identique aux autres éléments et de plus une pigmentation en ceinture, précédée il y a trois ans par des boutons qui ont disparu quelque temps après.

Voici donc 2 éruptions syphilitiques bien limitées, survenues successivement à une année d'intervalle, et suivant des trajets nerveux comme des éruptions de zona.

Éléphantiasis de la verge. — M. Humbert présente un malade légèrement alcoolique qui, à la suite d'une seconde blennorragie (la première n'avait laissé aucune trace), a conservé un gonflement considérable de la verge, étendu aux téguments des régions inguinales et persistant. En rapprochant ces lésions de certaines altérations observées en différents autres points du corps, l'auteur se demande s'il n'y a pas chez ce malade une prédisposition aux varices lymphatiques. Il déclare d'ailleurs, en réponse à une question adressée par M. Hallopeau, qu'on n'a pas examiné le sang pour y chercher la filaire.

Xanthome juvénile. — M. Feulard présente une fillette de 13 ans atteinte de xanthome.

Au dire de la mère de la malade, le début des lésions remonterait seulement à deux mois : celles-ci ont débuté par les mains qui sont d'ailleurs actuellement le siège principal de la maladie. Les deux mains, surtout la droite, sont couvertes sur leur face dorsale de nombreux petits tubercules et de papules dont la grosseur varie depuis celle d'un gros pois jusqu'à celle d'une tête d'épingle. Elles sont situées symétriquement et régulièrement au niveau des articulations des phalanges entre elles, et des phalanges avec les métacarpiens. La plupart sont de couleur rosée, quelques-unes blanc jaunâtre ; elles sont dures, cartilagineuses, un peu douloureuses à la pression. Du côté de la face palmaire des doigts, les lésions se présentent sous forme de plaques dures occupant toute la face de la phalange, tendant énormément la peau, et gênant le fonctionnement de la main ; si bien que l'extension complète est impossible à droite, presque impossible à gauche. Au niveau des coudes existent de chaque côté et symétriquement deux tubercules de xanthome, on trouve aussi trois grosses papules au-devant du genou gauche.

Les autres parties du corps sont indemnes. Le foie ne paraît pas hypertrophié. L'enfant a eu, il y a quatre ans, un ictère qui a duré deux mois. Le père et la mère sont bien portants ; un jeune frère que nous avons vu est indemne de xanthome. Les cas de xanthome juvénile ne sont pas très rares : dans ce cas l'intérêt me paraît résider dans la confluence et l'intensité des lésions des mains, et dans la rapidité du développement de ces lésions.

Pian ou syphilis. — M. Louis Wickham présente un malade

atteint d'une éruption papillomateuse suppurée croûteuse qui a évolué en deux poussées successives depuis le mois de novembre 1893. Les éléments de la première poussée existent encore. Les lésions les plus anciennes s'offrent sous l'aspect de véritables choux-fleurs, parfois de framboises d'où le diagnostic possible de Pian, affection exotique appelée aussi Framboesia ou Jaws. Cette maladie règne dans l'ouest africain et précisément le malade faisait partie depuis onze mois de la colonne expéditionnaire du Dahomey lorsque apparurent les premières manifestations morbides. Objectivement il est difficile de rattacher les lésions présentées par le malade à la syphilis. Mais l'administration de l'iodure de potassium a déterminé une amélioration très rapide, inattendue. D'autre part, le malade a eu il y a cinq ou six ans un chancre, diagnostiqué il est vrai chancre mou et non suivi d'autres lésions. Mais en matière de chancre et de syphilis il faut toujours être circonspect au sujet des diagnostics portés. Aussi est-il prudent, avant de porter, dans le cas actuel, un diagnostic définitif, d'attendre l'évolution ultérieure de l'éruption.

Varices généralisées. — MM. Beclère et Leredde présentent une malade atteinte depuis de longues années d'énormes varices des membres inférieurs, s'étant accompagnées d'une atrophie avec cyanose de la peau, d'état cicatriciel en certains points et de taches pigmentaires. Cependant il n'y a jamais eu d'ulcération. Depuis peu, sont survenues des varices du membre supérieur gauche, avec des lésions cutanées moins marquées qu'aux membres inférieurs, mais de même ordre (plissement, cyanose).

La généralisation des varices ne peut s'expliquer chez cette malade que par un trouble de nutrition du système veineux, comparable à l'artériosclérose.

Nouveau cas de trichotillomanie. — M. Hallopeau formule ainsi qu'il suit les conclusions de son travail :

Il existe un état morbide constitué par de vives sensations prurigineuses, s'exagérant par accès, dans les parties velues du corps ; elles s'accompagnent d'une vésanie qui porte les malades à chercher un soulagement en arrachant les poils des régions où elles se produisent ; l'affection mérite ainsi le nom de trichotillomanie. Ni les poils, ni les téguments ne présentent d'altération appréciable à l'œil nu ; au microscope, les poils paraissent également indemnes ; un certain nombre d'entre eux rampent sous l'épiderme. Il ne s'agit pas d'une variété de prurigo, car les éruptions caractéristiques de cette affection font ici complètement défaut. Cette maladie est de très longue durée et très vraisemblablement incurable ; la médication qui paraît le mieux soulager les malades est l'isolement des parties prurigineuses, soit à l'aide de vernis protecteurs, soit par l'enveloppement avec du caoutchouc.

Eruption bizarre de la paume des mains due à l'antipyrine. M. A. Fournier. Le 5 février dernier, je reçus la visite d'un malade, ancien syphilitique connu de moi depuis longtemps, et qui me montra sa main couverte de syphilides palmaires formées de 6 placards arrondis ovalaires caractéristiques. Je fis reprendre le traitement spécifique qui fut tout d'abord suivi d'un succès complet, du moins en apparence, car au bout de huit ou dix jours, toute lésion avait disparu. Mais un mois après, le même malade me revint, désolé ; les lésions avaient reparu, reproduisant exactement les syphilides palmaires précédemment observées. Cependant, en les examinant attentivement, je remarquai, au centre d'une des plaques, une vésicule minime remplie d'une sérosité transparente. Doublement intrigué par cette découverte, je me livrai à une enquête minutieuse, et après un long interrogatoire, j'appris de mon malade que la veille il avait pris pour calmer une migraine, 50 centigrammes d'antipyrine. Bien plus, en cherchant dans ses souvenirs, il se rappela que l'éruption du mois de février avait succédé à une migraine pour laquelle il avait absorbé de l'antipyrine et déjà antérieurement, pendant un voyage qu'il fit en Suisse, la même éruption était survenue dans les mêmes conditions.

Il y a quelques jours enfin le même malade est de nouveau venu me trouver, porteur, cette fois encore, de placards papulo squameux à la face palmaire, lésions orbiculaires ou ovales de contour, à surface sèche, en un mot offrant la physionomie générale de ces syphilides désignées si improprement sous le nom de psoriasis palmaire. Cette observation nous montre donc qu'au nombre des accidents éruptifs bizarres occasionnés par l'antipyrine doit prendre place une éruption simulant les syphilides palmaires.

M. Jullien. Je demanderai à M. Fournier si le malade a eu réellement des syphilides palmaires antérieurement ?

M. A. Fournier. Il m'avait montré, il y a bien sept ans, des lésions qui y ressemblaient absolument, mais je ne demande si elles n'étaient pas dues à l'antipyrine dont mon malade fait usage depuis longtemps.

Mycosis fongoïde. — M. Leredde communique une étude histologique sur ce sujet. Le diagnostic microscopique de l'affection doit se fonder sur la réunion de plusieurs caractères. Au début, on constate dans les couches sous-papillaire et papillaire de la peau la prolifération des cellules fixes surtout autour des vaisseaux et de leurs bords. Simultanément la multiplication des fibrilles conjonctives. A cette période déjà on remarque la présence d'un grand nombre de plastzellen.

A une période plus avancée, autour des vaisseaux se fait une diapédèse active. Ainsi se constituent des amas formés 1° de cellules fixes ; 2° de lymphocytes ; 3° d'un réticulum qui est constant. L'altération des vaisseaux eux-mêmes devient alors évidente ; les cellules de bordure prolifèrent.

L'oblitération de quelques-uns détermine la formation de cellules géantes, différant de celles de la tuberculose, de la syphilis, de la morve, de la lèpre par l'absence de granulations caséeuses.

Quand on observe dans le mycosis des éléments tels que des leucocytes polynucléaires avec ou sans graines éosinophiles, on peut attribuer leur présence à une lésion locale due à des micro-organismes vulgaires.

Dans un cas de mycosis où à aucune période il n'y avait eu d'érythrodermie, l'examen d'un fragment de peau prélevé à distance de toute lésion apparente a révélé la formation d'amas mycosiques, périvasculaires, réticulés, et de cellules migratrices dans l'épiderme. Le mycosis apparaît aussi comme une affection générale de la peau, même quand aucun caractère clinique ne permet de le penser. Des lésions à distance de tout élément éruptif existent aussi dans d'autres maladies, ainsi dans la syphilis à la période secondaire, mais elles ne sont pas intenses et n'ont pas de caractères spécifiques tels qu'on puisse à leur égard être aussi affirmatif que pour le mycosis.

Dr Barbe.

CIÉTÉ MÉDICALE DU VI^e ARRONDISSEMENT

—

ance du 2 avril 1894. — *Présidence de* M. le D^r Dauchez.

ssistent à la séance : Les D^rs L. Bernard, Brisson, Bonin, Dauchez, Genesteix, Le Coin, Luc, Meugy, Martin, chelard, Roussel, Peisson, Weiss.

Le procès-verbal de la séance est lu et adopté après les servations suivantes :

M. Valude constate que les scarifications sont le meilleur océdé de vaccination, bien meilleur que la simple pi re, avec les scarifications, on obtient 5 succès sur 7 vac ations.

La scarification n'est pas douloureuse, l'hémorrhagie est t peu de chose. On sait du reste qu'il ne faut pas de ng quand une vaccination est bien faite.

M. Le Coin fait remarquer que le vaccin de bras à bras mandait une simple piqûre, tandis que le vaccin de gésse, moins virulent, nécessite les scarifications et cela ême lorsqu'il est pur et n'a pas été dilué dans la glycéne.

M. Meugy ne partage pas l'avis de ses confrères et fait server que M. Chambon emploie la scarification pour la nisse, mais jamais pour l'homme.

M. Valude. La proportion des succès est cependant toute faveur de la scarification. Pour les médecins des hôpiux, la vaccination par la piqûre donnerait 1 succès sur et la scarification 15 sur 20.

M. le Président. En ville on ignore cela et on se heurte l'opposition des familles.

M. Le Coin. La vaccination faite pour la première fois ussit toujours quand on emploie le procédé de la scarifiation. Jamais on n'a d'insuccès. On fait un petit trait d'un emi-centimètre de long et on observe souvent un fait inressant. Il se produit souvent 2 papules, une à l'entrée t l'autre à la sortie de l'épiderme.

M. Meugy. Ce fait serait peut-être en faveur du procédé ar simple piqûre puisqu'il ne se produit de papules qu'aux eux points où la lancette a traversé et inoculé les lymphatiques de l'épiderme.

M. Le Coin. Quoi qu'il en soit ce procédé donne de vrais uccès.

M. Genesteix a vu vacciner M. Chambon. Il fait des scarifications obliques et son incision n'est pas perpendiculaire à la peau comme on la fait au régiment par exemple. De cette façon on soulève l'épiderme.

M. Machelard. Il faut en effet avoir du sang le moins possible. Autrefois on faisait une piqûre de façon à ne pas avoir de sang. Le sang lave la plaie et entraîne le vaccin.

Nous connaissons tous l'immunité relative dont jouissent les coupures septiques qui saignent abondamment, si on les compare au danger des simples piqûres.

La théorie ici serait contre M. Le Coin, mais la pratique lui donne raison. Son expérience et ses résultats répondent victorieusement.

M. Le Coin. Du reste en coupant plusieurs lymphatiques avant d'arriver au sang, l'inoculation, il me semble, est déjà largement faite.

M. Meugy. On a parlé, dans la dernière séance, du voyage que pouvait supporter facilement le vaccin de M. Chambon. A ce propos je raconterai ce que me disait M. Chambon il y a quelque temps. Ayant remarqué que son vaccin s'affaiblissait et sachant que le vaccin pris sur les buffles était le meilleur qu'on puisse obtenir celui-ci se décida à envoyer un certain nombre de tubes au D^r Calmette pour faire des inoculations sur des buffles. Ce dernier recueillit le vaccin des buffles, le renvoya en France ainsi qu'un certain nombre de tubes de vaccin de génisse qui étaient restés et dont il n'avait pas trouvé l'emploi. Or, il est arrivé que le vaccin recueilli sur les buffles était excellent, mais, chose curieuse, le vaccin de génisse lui-même, qui n'avait pas été employé, était revenu meilleur de ce voyage au longs cours.

On pourrait penser qu'à la longue certains germes qui peuvent diminuer ou empêcher la force du vaccin s'atténuent ou disparaissent et que les germes de vaccin devenus libres prennent plus d'action.

On dépouille la correspondance qui se compose : 1° D'un numéro de l'*Art dentaire*. 2° D'une observation écrite du D^r Récamier qui part pour l'Espagne et s'excuse de ne pouvoir venir la lire lui-même. Titre : *Un cas d'ostéo-myélite épiphysaire de la 1re phalange du médius.* (*Sera publié*) 3° D'une seconde observation écrite envoyé par le D^r Deléage qui s'excuse aussi de ne pouvoir venir la lire.

M. Genesteix annonce que la Société a perdu deux de ses membres : Le D^r Langlebert ; Le D^r Lemaréchal. Ce dernier est mort à Château-Gonthier, il y a trois jours et est enterré là-bas.

M. le Président demande si, quoique la Société n'ait pas été prévenue officiellement de la mort du D^r Lemaréchal, il ne serait pas bon d'envoyer à la famille une lettre de condoléance.

M. le Président souhaite la bienvenue à M. le D^r Peisson. Il excuse le D^r Verchère parti pour le congrès de Rome. Il donne de bonnes nouvelles sur la santé de notre confrère le D^r G. Bernard.

M. Le Coin remercie M. le secrétaire général pour la façon dont est rédigé et compris le Bulletin des comptes rendus des séances des années 92 et 93 qui ont été distribués aux membres de la Société.

M. le Président joint ses remerciements à ceux de M. le Coin.

M. Genesteix fait observer que malheureusement la première dépense est un peu forte, les autres années la publication coûtera moins. L'année 93 a relativement peu coûté parce que la *France médicale* a donné les clichés qu'elle avait conservés. Pour 92, au contraire, il a fallu tout reconstituer, aussi l'année 93 a coûté 80 fr. tandis que 92 a coûté 208 fr. Chaque brochure revient, en mettant les années l'une dans l'autre, à 1 fr. 50 quoiqu'il n'y ait pas eu de composition pour 93.

M. le Président, interprète de la Société, qui trouve cette dépense trop élevée, demande au D^r Genesteix ou à M. Machelard de faire à l'imprimeur Davy les observations nécessaires pour obtenir une diminution.

On lit l'observation envoyée par le D^r Récamier.

M. Valude fait observer qu'on ne peut discuter une observation en l'absence de l'auteur.

M. Genesteix propose pour les mêmes raisons de reporter à une date ultérieure la communication de M. Deléage.

M. le Président remet cette communication à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Rupture spontanée du globe oculaire dans le glaucome. —

M. Valude. Bien que la progression des phénomènes glaucomateux amène un accroissement de la tension oculaire, on ne considère pas comme une terminaison normale de cette maladie la rupture spontanée, « l'éclatement » de l'organe. La sclérotique est assez résistante pour tenir contre la tension intérieure et les classiques n'envisagent la rupture dans ces conditions que comme une hypothèse peu vraisemblable ou capable de se réaliser très exceptionnellement.

Nous l'avons pourtant observée, cette rupture, dans un type franc de glaucome. Il s'agissait d'une malade atteinte d'un glaucome chronique que nous avons diagnostiqué et pour lequel nous avions formulé un traitement par les myotiques.

Malgré le traitement, la malade présenta une série d'attaques glaucomateuses et en raison de son éloignement de Paris resta sans consulter un spécialiste. La tension de l'œil fit des progrès croissants, l'œil grossit même et se déforma au niveau de sa cornée. En ce point on vit apparaître une déformation staphylomateuse qui ne tarda pas à devenir le siège d'une perte de substance ulcéreuse.

C'est en ce point ulcéré que se fit un jour, brusquement, une large perforation. Le contenu de l'œil se vida brusquement et une très forte hémorrhagie s'ensuivit.

Nous revîmes notre malade en cette situation avec une large perte de substance cornéenne obstruée par un caillot sanguin.

La terminaison de cet accident, qui est des plus rares, fut une atrophie totale du globe. Ceci d'ailleurs eut le résultat heureux de mettre fin aux douleurs de la malade qui n'avait rien à regretter d'un œil depuis longtemps perdu pour la vision.

M. Le Coin présente quelques observations sur la communication du Dr Valude et la marche à suivre dans le traitement de cette affection. Il pense que dans le cas de glaucome douloureux, il faut créer une issue.

M. Valude est bien de cet avis, mais il fait remarquer que sa malade n'est pas venue le trouver quand les douleurs se sont produites.

Si la dépression du nerf optique n'est pas totale et si sa cécité n'est pas complète, on fait l'iridectomie.

Si la cécité est absolue, on fait alors ou l'énucléation ou la ponction sclératicale. Sperino, en Italie, fait la ponction de la cornée et tous les jours il rouvre et entrebaille la plaie de la cornée qui a une grande tendance à se refermer.

Pour la ponction sclératicale, on fait sur la sclérotique à l'équateur une petite ouverture triangulaire en forme de piqûre de sangsue. Cette plaie reste longtemps ouverte et sert de soupape de sûreté.

L'iridectomie est un moyen incertain qui expose aux hémorrhagies et à la hernie du corps vitré.

M. le Président remercie M. Valude de son intéressante communication. Il demande aux membres de la Société ce qu'ils feront en présence de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

M. Bonnefin ne déclare pas le vrai diagnostic, il a déclaré varicelle pour varioloïde. On peut déclarer rougeole pour scarlatine et dire qu'on s'est trompé!

Viennent quelques observations de divers membres qui trouvent que la loi a été faite trop tôt et mal.

M. Le Coin rapporte un fait qui s'est produit dans sa clientèle du Bureau de Bienfaisance. Un enfant atteint de scarlatine est transporté à l'hôpital et meurt. Les désinfecteurs viennent à son domicile et trouvent un second enfant atteint de scarlatine, lui aussi; ils veulent emmener l'enfant à l'hôpital, la mère s'y oppose. Il se produit un scandale. Le Dr Le Coin à son arrivée a approuvé la mère qui a fait usé de sa liberté et de son droit en s'opposant à ce qu'on lui prenne son enfant.

Il trouve que cette loi est une loi de lèse-malade. Le médecin ne doit pas trahir son malade, pas plus que l'avocat ne peut et ne doit trahir le criminel qu'il défend.

M. Valude. On nous a donné des carnets à numéros, mais il sera toujours facile de nous reconnaître quand même, sous cette forme impersonnelle.

La discussion approfondie de cette loi présentant le plus grand intérêt pour chacun des membres de la Société, *M. le Président* met à l'ordre du jour de la prochaine séance la *question de l'utilité de la déclaration ou de l'époque de la déclaration*.

MM. Brisson et Peisson sont chargés d'un rapport à ce sujet.

La séance est levée.

L'un des secrétaires annuels :
Dr L. Bernard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mai. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Ethérisation et chloroformisation. — M. Michaux. Depuis le mois de janvier j'ai, pour une centaine de cas, essayé l'éthérisation dans le service de M. Labbé, à Beaujon. L'anesthésie par l'éther non rectifié ou rectifié de l'administration m'a donné sensiblement les mêmes bons résultats. Je me servais du masque de Julliard — suivant la méthode à fortes doses, 25 à 30 grammes, trois fois de suite, puis à petites doses. Dans la plupart des cas, les malades se sont endormis entre quatre et six minutes.

Les vomissements ont été fréquents, mais moins que par le chloroforme. C'est à peine si j'ai eu deux accidents ou plutôt deux très légères alertes qui ont facilement disparu. Jamais on n'a noté la longue intolérance gastrique si pénible chez quelques chloroformés.

Je suis vivement impressionné par le nombre considérable d'éthérisations, qui n'ont donné lieu à aucun accident qui ont été rapportées par beaucoup d'auteurs et en particulier par Julliard.

M. Monod. Dans une même séance, j'ai eu trois alertes graves sous le chloroforme. Ceci est récent. Depuis ce temps, je me suis servi de l'éther, et j'ai été surpris des avantages que j'en ai retirés. A petites doses les malades sont agités et l'anesthésie est lente, mais si on l'applique comme on doit l'appliquer, à fortes doses, l'anesthésie est rapide et il n'y a pas d'agitation.

Laparotomies exploratrices devenant curatives par elles-mêmes. — M. Richelot. Je peux citer des faits analogues à ceux que nous a cités M. Terrier. En 1886, à Saint-Antoine, j'ai vu un homme atteint de dysphagie grave. Le malade était émacié, morbide. Je lui fis une laparotomie dans l'intention de faire une gastro-entérostomie. Je trouvai l'estomac infiltré de cancer et impossible à anastomoser. Je re-

nai le ventre. La dysphagie disparut et le malade sortit l'hôpital mangeant de la viande.

Dans un autre cas, un homme de 59 ans, en 1887, à Bichat it un hystérique avéré. Il avait des vomissements conti-els, toujours alimentaires, et faisait penser à un cancer pylore. Je fis la laparotomie. L'estomac était dilaté, is sain, le pylore souple. Je refermai le ventre. Chez cet mme, les vomissements disparurent, de même du reste e les autres symptômes d'hystérie qu'il présentait.

M. Quénu. L'influence de la laparotomie peut ainsi sou-nt paraître inexplicable, mais c'est tout à fait différent ns les faits cités par M. Terrier.

M. Terrier. Je crois que lorsqu'il y a une affection de stomac pour laquelle les médecins ont tout fait sans ré-ltat, on est autorisé à faire la laparotomie exploratrice. le peut donner lieu, même chez les cancéreux, à des mo-fications fonctionnelles heureuses, dont la cause peut ster absolument ignorée. Mais dans d'autres faits, comme ux que j'ai cités, où il existe des adhérences, où il est né-ssaire de faire une opération palliative, on ne peut re-nnaître l'utilité d'une intervention que par une laparoto-ie exploratrice.

M. Bouilly. A côté de faits où on a trouvé des lésions, des oubles nerveux, qui ont été améliorés par une laparoto-ie, il ne faut pas oublier de citer ceux qui ont guéri sans u'on leur fasse rien. Je me rappelle un malade qui présen-it tous les phénomènes physiques rationnels d'un cancer e l'estomac, qu'on reconnut inopérable et qui, en six ou uit mois, a complètement guéri. J'ai par devers moi un utre fait analogue. A-t-on affaire là à une sclérose chro-ique, véritable épiploïte, inflammation qui peut simuler n cancer, — on ne le sait réellement pas, — mais ce qui st certain, c'est que certains diagnostics sont réellement impossibles.

Coxalgie et résection de la hanche. — M. Kirmisson fait un rapport sur un fait de M. Calot (de Berck). Il s'agissait l'un enfant dont la hanche était constellée de fistules. La ête du fémur était détachée, l'acétabulum présentait aussi les séquestres, et il fallut faire de part et d'autre une ré-section étendue, et portant sur la moitié supérieure du fé-mur à peu près. Après une période de choc assez grave, le malade revint à lui et six semaines après il ne restait qu'une petite fistule. Il y a deux ans et demi qu'il est opé-ré. Huit mois après le malade a marché avec des béquilles et quatorze mois plus tard, la fistulette était cicatrisée. Quant au résultat orthopédique il est très remarquable. Le fémur s'est reproduit ainsi qu'une cavité cotyloïde, les mouvement sont étendus, dans la néarthrose. Le malade peut marcher et faire de longues courses. Le raccourcisse-ment mesure 10 centimètres.

Dans le traité d'Ollier, on ne trouve pas de cas de ré-section aussi étendue.

Dans le cas de M. Calot il s'est reproduit 15 centimètres de fémur. Doit-on attribuer cette reproduction à la gaine périostique ou à l'épiphyse? M. Calot croit que ce travail est dû surtout à la gaine périostique. Le fémur est en effet, à sa partie supérieure, beaucoup plus grêle, beaucoup plus mince que l'extrémité inférieure qui, elle, résulte de l'ac-croissement épiphysaires.

M. Schwartz. Un petit malade était atteint de luxation pa-thologique de la hanche avec fistules. Je lui fis une résec-tion, de 14 centimètres du fémur. Cette lésion se guérit au bout de trois à quatre mois. Ce malade fait actuelle-ment, avec un raccourcissement de 14 centimètres, 6 kilo-mètres avec un simple tuteur et un petit pilon sous la bot-tine. Tous les trajets fistuleux sont restés fermés et l'enfant est en parfaite santé.

M. Monod. Dans trois cas où j'ai eu à réséquer l'extrémité du fémur, j'ai été fort gêné par la mobilité persis-tante de l'articulation de la hanche, et j'ai été forcé de laisser les malades au lit jusqu'au moment où ils peuvent détacher le talon du lit. Quel traitement consécutif peut-on employer pour obtenir une consolidation suffisante!

M. Kirmisson. L'enfant de M. Calot n'a quitté l'appareil silicaté qui l'immobilisait qu'au bout de huit mois. Aussi je dirai à M. Monod que le port des appareils à la suite de ces interventions doit être prolongé pendant un temps très long.

M. Schwartz. Chez mon malade j'ai fait supporter l'exten-sion continue pendant plusieurs mois.

Corps étranger de l'œsophage. Pièce de monnaie restée sept jours chez un enfant de quatre ans. — M. Felizet. Après une série de moyens palliatifs, au bout de sept jours on trouve le corps étranger enclavé vers la septième dorsale. On essaie de le refouler. Quant à l'œsophagotamie externe, elle ne paraît pas possible chez un enfant de 4 ans. Je me sentais entraîné vers la gastrotomie. Une sonde en métal indique que la pièce (un sou) est à 5 centimètres du cardia. En laissant la sonde dans l'estomac et donnant un vomitif au petit malade, les efforts de vomissements aidés de la sonde, dont l'œil avait accroché le bord du sou, firent peu à peu progresser la pièce et l'enfant la rendit.

Section du nerf médian. Retour des mouvements et de la sensibilité. — Présentation de malade, par M Caillet.

Luxation latérale externe datant de trois ans. Résection du coude. — Présentation de malade, par M. Lejars.

Adénome de la paroi postérieure de l'estomac. Résection. Présentation de malade, par M. Chaput.

Kystes hydatiques du foie et de la cavité abdominale. — Présentation de pièces, par M. Monod.

F. Verchère.

VARIÉTÉS

Contractures, ankyloses, mystères et miracles,

Par le Dr E. Verrier.

Dans ma courte étude sur les contractures psycho-physiques que j'ai fait paraître dans ce journal (n° 36, 1893), j'ai montré l'influence du traitement mental, du magnétisme et de la suggestion, aidés de l'hydrothéra-pie, pour combattre la diathèse hystérique et guérir la contracture.

Nous voulons reprendre ici quelques-uns de ces élé-ments de guérison et envisager : 1° le traitement men-tal et le magnétisme qui agissent de la même manière; 2° la suggestion soit à l'état hypnotique, soit à l'état de veille. Quant à ce qu'on appelle l'auto suggestion, nous la rangeons avec le traitement mental et le ma-gnétisme, puisque dans tous ces cas il s'agit de l'in-fluence du moral sur le physique.

En effet, tout moyen qui provoque chez la malade une émotion vive peut amener la guérison. Ce n'est pas autrement que s'opère la guérison par le miracle qui est au premier chef un effet de l'action du moral sur le physique. Or, les contractures psycho-physiques sont celles qui guérissent le plus souvent par ces procédés.

La science ne nie pas le miracle, mais elle tend à l'expliquer. D'ailleurs, entre ses mains comme sous ses yeux, il y a peu de miracles qui résistent à un examen éclairé. C'est qu'en effet le témoignage, qui est le seul garant de la sincérité du miracle, est toujours imprégné de subjectivité.

Or, dans le monde physique, la subjectivité est sans valeur et sans autorité et, comme disait Littré, elle ne dispense jamais de la vérification *a posteriori* qui a toujours manqué au miracle,

Le témoignage était demeuré longtemps sans autre contrôle que celui de la critique des circonstances qui l'accompagnaient. Mais les progrès de la science y ont introduit un contrôle scientifique qui le fait rejeter ou qui modifie complètement sa signification et sa valeur.

Qui dit miracle, dit interversion des lois naturelles. Or, si le miracle ne satisfait pas à ces lois naturelles, il échappe à l'analyse et rentre dans les phénomènes occultes dont il faut toujours se défier.

Nous ne chercherons pas l'explication des miracles dans l'ancienne histoire, où la foi tenait une si grande place. Mais dans les temps nouveaux où la raison domine sur la foi, le miracle relève de la science et doit être soumis à la méthode expérimentale ; j'entends surtout les miracles de guérison qui appartiennent de droit à la médecine.

Ce ne sont pas seulement les contractures psycho-physiques, mais aussi des contractures hystériques permanentes ayant infligé l'impotence à des membres, des paralysies et jusqu'à des rhumatismes, dont on cite des exemples de guérison. Ces guérisons s'opèrent soit par le miracle, soit par le magnétisme, soit par la peur, soit enfin par un excès de joie, en un mot par une émotion vive, une surprise, une nouvelle inattendue bonne ou mauvaise, ou tout ce qui est de même ordre.

Dans la *philosophie positive*, Littré citait, en juillet 1869, sept faits de guérison de maladies de cet ordre *sine materia* arrivés au tombeau de Saint-Louis et les faisait suivre de l'interprétation suivante :

« Ce qui les caractérise, c'est qu'au moment où l'influence guérissante se fait sentir, le patient éprouve une vive douleur ; la partie s'étend, il semble au patient qu'on lui tire le membre sans que personne le touche ; les os font quelquefois entendre un craquement perceptible, et le mouvement devient possible. Voilà la marche du procédé curatif. Il faut ajouter que, si l'allongement de la partie et la possibilité du mouvement sont prompts, la guérison ne l'est pas autant. A l'action subite que provoque l'influence du tombeau succède une période plus ou moins longue de débilité dans la partie qui reprend graduellement ses usages. »

Je veux rapporter ici un fait dont j'ai été témoin : une jeune fille de 18 ans, atteinte d'un rhumatisme articulaire chronique depuis dix-huit mois, avait ses articulations plus ou moins déformées et était impotente depuis plus d'une année. Sa mère, fervente catholique, avait fait édifier un reposoir le jour de la Fête-Dieu de l'année 1864 à la porte de sa maison de campagne où avait été transportée cette jeune fille depuis l'aggravation de sa maladie. Elle fut placée sur un fauteuil près de l'autel improvisé. Les assistants et particulièrement les enfants venaient s'agenouiller sur les marches dudit autel pour être touchés par le Saint-Sacrement que portait le prêtre officiant. Au moment où ce dernier s'approchait des enfants, la demoiselle en question sentit comme une secousse se passer dans ses membres et, comme si elle était mue par un ressort, elle se leva, marcha vers l'autel sans le secours d'aucun aide et s'agenouilla, ce qu'elle n'avait pu faire depuis bien longtemps et reçut à genoux la bénédiction du prêtre, puis elle retourna à sa place avec autant de facilité.

Elle ne put nous dire si elle avait entendu ses os craquer, mais ce qui est malheureusement certain, c'est que la guérison ne s'est pas maintenue. Le lendemain, elle reprenait le lit et mourait quelques mois après d'une pneumonie intercurrente.

Les annales anciennes sont pleines de faits analogues.

Je ne citerai que celui-ci qui s'est passé en Espagne, je ne sais plus dans quelle église : tandis que les fidèles étaient à la prière, un lion échappé d'une ménagerie et poursuivi dans la rue, fit tout à coup irruption dans l'église. Grande frayeur dans l'assistance. Une paralytique qui était venue prier, laissant ses béquilles sur sa chaise, s'élança vers l'autel, en franchit les degrés et se blottit sous l'autel. L'histoire ne dit pas si cette guérison spontanée et pouvant passer pour miraculeuse se maintint. Mais, ce qui est certain, c'est que scientifiquement tous ces faits peuvent s'expliquer.

On sait que plusieurs fois, les chirurgiens ont eu recours à l'extension forcée pour remédier à certaines contractures ou rompre de fausses ankyloses et non toujours sans succès. Or, la seule différence dans les cas auxquels je viens de faire allusion, c'est que l'extension forcée, au lieu de provenir d'une main étrangère, était due à une influence suggestive qui s'exerçait sur les muscles et leur rendait d'une façon temporaire ou permanente une contractilité que les procédés chirurgicaux étaient la plupart du temps impuissants à procurer (1).

Sous l'émotion profonde née de la foi religieuse, le malade, sachant que la guérison était dans l'extension de la partie contracturée, avait l'intuition qu'il pouvait

(1) C'est aussi à l'aide de contractions musculaires insensibles que Littré expliquait le phénomène des tables tournantes. (*Rev. des Deux-Mondes*).

dre et il l'étendait au moment où son imagination le plus vivement frappée. Sous l'influence d'une ur subite, la chose, quoique moins explicable, était e due à la suggestion.

ns les deux cas, c'est un agent psychique qui in- ent et le résultat de son intervention est aussi dé- iné que le serait celle d'un agent matériel et sou- avec plus de succès.

s livres saints ne disent-ils pas que c'est la foi qui e ? Cette foi vive a une action surnaturelle, qu'elle ne de la religion, des opérations du magnétisme ou nfluences d'un guérisseur non patenté comme le ve Jacob, c'est un agent psychique d'une force con- able et encore inconnue.

est aux médecins à en recueillir les manifestations, alyser les observations afin de séparer les cas au- tiques de la foule des fausses guérisons, en un mot ire la critique nécessaire en ces narrations.

exiguité d'un article de journal ne me permet guère l'étendre davantage sur ce sujet. Il me suffit de oir indiqué aux chercheurs. A ceux-ci de prouver la critique des faits que rien de ce que produisent agents psychiques n'échappe à l'interprétation ntifique.

en ai dit assez sur les miracles théologiques, je x terminer par quelques mots sur le magnétisme et piritisme.

a médecine a heureusement séparé l'hypnotisme du nétisme qui est resté l'apanage des guérisseurs. succès enregistrés par ces derniers sont encore du ort de la foi, mais ici ce n'est plus la foi religieuse, t la foi en l'opérateur lui-même. C'est de la sug- tion au premier chef. C'est encore par une sorte uggestion que guérissent les homéopathes et j'ajou- ai certains allopathes traitant par l'*aqua fontis* et la *a panis* — O NATURA MEDICATRIX !

Mais le spiritisme ! que penser du spiritisme ?

Heureusement qu'il n'empiète guère sur le domaine dical ; néanmoins les médecins feront bien de sur- ller ses agissements. Un mien ami, chercheur de ne foi et très convaincu, ne s'est-il pas avisé d'é- uer, à l'aide d'un médium, les âmes des morts illus- s de l'antiquité. Et celles-ci lui ont répondu sur les tinées de notre globe... (1)

l est vrai que nous avons aujourd'hui la *télépathie*, ence nouvelle qui prétend pouvoir étudier scientifi- ement le lendemain de la mort. Cette prétention, si e se justifie, expliquera suffisamment le livre de mon i, mais jusqu'ici les neurologistes les plus compétents considèrent la télépathie que comme une variété de allucination. Pourtant on cite en faveur de cette -disant science nouvelle des phénomènes bien sur- enants. A... voit dans l'Inde la mort de B... qui ar- e en Angleterre au moment même où A... la voit.

1) A. Simonin. *Dialogues entre les grands esprits et un vivant.* éd. de Launay. — Paris, 1893.

Je connais et pourrais citer plusieurs faits analogues. Ne sont-ce là que de simples coïncidences ? Et pourtant si le fluide télépathique existe comme les magnétiseurs croient à l'existence du fluide magnétique (1), il n'y aurait rien de miraculeux ni de surnaturel à ce que les pensées, les sentiments d'un individu puissent être transmis à distance par un autre individu, sans qu'entre ces deux individus il se soit prononcé une parole, envoyé un écrit, ou fait un signe quelconque.

Ces faits et d'autres du même genre sembleraient prouver, contre le témoignage de nos sens, que cette âme humaine, ou cerveau vivant, cette psychée, que j'ai cherché à définir dans le numéro précité de ce journal, existe réellement et de plus qu'elle résiste à la décomposition chimique après la mort...

Profond mystère qui demande encore à être étudié... tout est mystère ici-bas, mais mystère n'est pas miracle et la science éclairera ces mystères et dissipera ces ombres comme l'aurore dissipe les ombres de la nuit.

Le Dr Paquelin termine sa dernière causerie scientifique, dans la *Libre Parole*, par ce trait d'humour :

Origine de la percussion dans son application à la médecine :

Quand Sémélé périt portant dans ses entrailles
Le futur Dieu du vin, Vulcan de ses cisailles
Opéra la mourante et, sans perdre un instant,
Dans la cuisse du père il enferma l'enfant.
Là, déjà l'embryon, fait d'humeur tapageuse,
Se dressait aux ébats d'une vie orageuse.
Il cognait comme un sourd aux murs de sa prison
De la tête, du poing, du pied, de l'ischion,
Et faisait à huit clos si belle gymnastique
Que son céleste père en eut la sciatique.
De son côté le drôle en était en sueur
Et si fort altéré que sa seule clameur
Au sortir de sa gaine était : « A boire, à boire ! »
« Evohé ! » répondait Jupin empli de gloire ;
Et tous deux échangeaient leurs bruyantes gaîtés,
Sans cesse, en se portant de nombreuses santés.
Bacchus y contracta le tremblement vinique ;
Quand il était assis sur sa chère barrique
Ses pelviens agités en percutaient le bois
Et ses mains en délire accompagnaient des doigts.
Suivant qu'il en heurtait ou le haut ou la base
Ici, c'était le vide, et là, c'était le plein ;
Ici, le chant de l'air, là, le verbe du vin.
Bacchus apprit bientôt du son dit aérique
A discerner le sens de celui dit hydrique ;
Il sut en même temps tracer sur son tonneau
Exactement la ligne où siégeait le niveau.
L'homme imita Bacchus, et le grand Hippocrate
Au principe eut recours pour mesurer la rate.
Le procédé grandit, et la percussion
A travers temps reçut mainte application.

(1) De Rochas. — (Voir travaux).

MEMENTO PRATIQUE

Traitement du rachitisme par le phosphore. — M. Le Dr Guinon a publié dans la *Revue des maladies de l'enfance* un travail relatif à l'emploi du phosphore dans le rachitisme : ses expériences ont porté sur 41 enfants du service de M. le Pr Grancher. Sans être décisifs, peut-être parce que les observations n'ont pas été prolongées, les résultats paraissent cependant favorables à l'emploi de ce médicament, qui est particulièrement préconisé en Allemagne, surtout par Kassovitz (de Vienne). M. Guinon fait remarquer que l'amélioration du côté des os a été, au contraire, très rapide, ce qui a une très grande importance. Au bout de quinze jours, en général, la mère rapporte qu'il est *plus gai*, qu'il *tousse moins*, qu'il *digère bien*, quelquefois qu'il *dort mieux*.

Au bout de trois ou quatre semaines, elle remarque qu'au lieu de rester étendu et flasque, si c'est un nourrisson, il *s'assied bien tout seul*, ou *essaie de le faire* ; si c'est un enfant plus âgé, qu'au lieu de rester assis, il se *met debout* ou *essaie de le faire* ; Enfin, à un âge plus avancé, qu'il veut marcher ou qu'il recommence à marcher s'il en avait perdu l'habitude (comme cela se voit souvent dans le rachitisme de la deuxième année) ; enfin, au bout de deux mois ou plus, on note que les dents poussent, bien qu'avec retard.

La formule la plus simple et la moins chère, celle que l'on doit employer à l'hôpital, est l'huile de foie de morue phosphorée au dix-millième :

Phosphore	1 centigr.
Huile de foie de morue	100 grammes

Une cuillerée à café par jour.

Comme le pharmacien ne saurait peser une aussi petite quantité de phosphore, Kassowitz recommande d'avoir une solution mère concentrée de phosphore (20 centigrammes dans de l'huile d'amandes douces (100 grammes), 5 grammes de cette solution contiennent 1 centigramme de phosphore et donnent, avec 95 grammes d'huile de foie de morue, la solution au dix millième.

Quand un enfant ne peut pas ou ne veut pas la prendre, on doit essayer la formule suivante :

Phosphore	1 centigramme
Huile de foie de morue	100 grammes
Saccharine	5 —
Essence de citron	2 gouttes.

Une cuillerée à café par jour.

Si cette forme n'est pas acceptée par l'enfant, Kassowitz prescrit :

Phosphore	1 centigr.
Lipanine	30 grammes.
Sucre blanc, Gomme arabique	ââ 15 —
Eau distillée	40 —

Une cuillerée à café par jour.

ou encore :

Phosphore	1 centigr.
Lipanine, Huile d'olive	ââ 5 grammes.

10 gouttes par jour.

Toutes ces préparations peuvent être continuées pendant plusieurs mois.

Il est certain que les bains salés, les frictions générales et répétées, le grand air (dont la privation joue un si grand rôle dans la genèse du rachitisme), le régime alimentaire soigné (la viande crue dans la diarrhée) influencent très heureusement et rapidement le rachitisme.

Il est donc indiqué de joindre tous ces moyens à l'usage de l'huile phosphorée, et c'est en effet la pratique que L. Guinon a adoptée quand il ne peut recommander le séjour à la mer.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin du bureau central. La première épreuve du concours du bureau central (médecine) a eu lieu vendredi dernier.

La question posée était la suivante : *Entérite tuberculeuse*. Les deux autres questions : *leucocytémie* ; *cancer du poumon*.

La première séance de lecture des copies a eu lieu lundi à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté ministériel, en date du 22 mai 1894, la chaire de physiologie est déclarée vacante.

Ecole de médecine d'Amiens. — Par arrêté ministériel, en date du 17 mai 1894, un concours s'ouvrira le 19 novembre 1894, devant l'Ecole de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

Création de nouvelles chaires. — Le budget du ministère de l'instruction publique pour 1895 présente sur le budget de 1894 une augmentation de 2.535.285 francs. Parmi les augmentations de crédits ou les crédits nouveaux, signalons ceux qui intéressent le corps médical.

1° Un crédit de 44.000 francs est demandé pour la création à la Faculté de droit de Paris, de deux chaires ; à la Faculté de médecine de Montpellier, d'une chaire d'histologie ; pour la transformation en chaires de conférences ou cours à la Faculté des lettres de Lille, à la Faculté des lettres de Bordeaux, minéralogie à la Faculté des sciences de Lyon, clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Lyon.

Un crédit de 75.000 francs est destiné à faire face à l'*organisation de l'enseignement des dentistes dans quelques Facultés de médecine*. La loi du 3 novembre 1892 fait à l'Etat obligation d'organiser cet enseignement. La dépense sera en grande partie couverte par les droits à percevoir de la nouvelle catégorie d'étudiants.

Un crédit de 400.000 francs permettra d'organiser l'enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles dans les Facultés des sciences. On sait que

décrets récents rendus après avis du conseil supé- de l'instruction publique, ont réorganisé les études cales. Désormais, l'étudiant en médecine, avant der les études médicales proprement dites, devra initié dans une Faculté des sciences, aux sciences ques, chimiques et naturelles.

lecins députés. — M. le Dr Marfan, de Castelnaudary, élu dimanche dernier, député de l'Aude.

lecins conseillers généraux. — M. le docteur Bordes lu membre du Conseil général de l'Aube, pour le n d'Essoyes.

Service médical de nuit dans la Ville de Paris.

Statistique du mois d'avril 1894,

Par MM. les Drs Passant et Rouillard.

ondis- ents.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	9	10	0	19
2e	3	8	0	11
3e	12	14	2	28
4e	18	25	6	49
5e	6	14	5	25
6e	9	8	0	17
7e	4	13	1	18
8e	4	1	2	7
9e	4	6	1	11
0e	6	15	4	25
1e	32	63	16	111
2e	9	13	13	35
3e	25	40	8	73
4e	29	30	14	73
5e	20	35	12	67
6e	7	8	0	15
7e	22	28	4	54
8e	52	59	32	143
9e	28	44	14	86
20e	56	80	34	170
	355	514	168	1.037

oyenne des visites est de..... 33,4
le mois correspondant de l'an dernier elle était 38,5
es du mois de mars 1893..... 1.155
es du mois de mars 1894..... 1.037

Différence en moins.... 118

Maladies observées.

A	
ines et laryngites.....	80
ıp.....	18
ueluche.....	4
ıdies des yeux.....	2
ps étrangers de l'œsophage.....	1
B	
ıme.....	18
ctions du cœur.....	48
nchites aiguës et chroniques.....	93
ro-pneumonie.....	65
gestion pulmonaire.....	26
ppe, Influenza.....	30
C	
ctions et troubles gastro-intestinaux.....	117
enterie.....	10
repsie.....	6
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.....	23
Hernie étranglée.....	8
Rétention d'urine.....	7
Maladies des organes génitaux.....	4
D	
Métrite, métro-péritonite.....	18
Métrorrhagie.....	23
Fausse couche.....	26
Accouchement, Délivrance.....	62
Accouchement non terminé.....	10
E	
Affections cérébrales.....	38
Convulsions, Eclampsies.....	23
Névralgie.....	29
Névroses.....	23
Epilepsie.....	12
Aliénation mentale.....	2
Alcoolisme, Delirium tremens.....	7
F	
Rhumatisme.....	8
Affections éruptives.....	53
Fièvre.....	8
Fièvre typhoïde.....	12
Hémorrhagies de causes internes et externes.....	29
Erysipèle.....	5
G	
Plaies, Contusions, Abcès.....	33
Fractures, Luxations, Entorses.....	8
Empoisonnements.....	5
Asphyxie par le charbon.....	3
Suicide.....	1
H	
Mort à l'arrivée du médecin.....	23
Total.....	1.037

Les hommes entrent dans la proportion de..... 34,2 0/0
Les femmes.....d°.....d°..... 49,7 0/0
Les enfants au-dessous de 3 ans...d°... ..... 16,2 0/0

Le mois d'avril se fait remarquer par une décroissance notable de la fièvre typhoïde (12 au lieu de 25) et des affections pouvant la simuler (fièvre simple, 8 au lieu de 16), embarras gastrique fébrile (30 au lieu de 50). Par contre la variole et la rougeole se maintiennent à un chiffre élevé, il y a recrudescence de la scarlatine (12 au lieu de 1) et de la coqueluche (4 au lieu de 1).

L'abus des consultations gratuites. — Les médecins se plaignent de la multiplication des policliniques et des consultations données gratuitement dans les hôpitaux à des malades qui n'y ont pas droit. En Angleterre, cet abus est autrement accentué ! Dans 37 villes représentant une population de 11.533.244 âmes, les hôpitaux ont traité, en 1893, le chiffre colossal de 2.993.806 consultants externes. Rapporté à la population totale de la Grande-Bretagne, qui est de 40 millions d'habitants, ce chiffre donnerait une proportion de plus de 10 millions de malades traités gratuitement. Et cependant, une enquête sévère sur les ressources des malades qui prétendent avoir des droits aux secours gratuits montre que la proportion de ces malades, dans ces grandes viles, oscille entre 30 et 60 0/0. Dans ces conditions, il ne devrait pas y en avoir plus de 2 millions dans tout le Royaume-Uni, alors qu'en réalité il y en a environ 10 millions ; soit 8 millons de trop.

(*Revue Scientifique.*)

Exposition internationale d'hygiène urbaine et maritime et d'hydrothérapie à Boulogne-sur-Mer (Pas de Calais). — Un Comité vient de se former à Boulogne-sur-Mer, sous le patronage de M. le ministre de l'Intérieur et de la municipalité de cette ville pour l'organisation d'une *Exposition internationale d'hygiène urbaine et maritime et d'hydrothérapie* qui aura lieu du 15 juillet au 15 septembre 1894.

Le Comité d'honneur comprend les plus hautes notabilités scientifiques, administratives, etc.

Boulogne étant à la fois une ville commerciale, industrielle et de plaisance, cette exposition y prend une importance exceptionnelle ; les questions d'hygiène, du reste, tiennent de nos jours une place considérable dans les préoccupations de tous ; il n'est guère de grandes villes où l'on n'ait fait de sérieux efforts pour l'assainissement urbain de même que pour propager dans la population les meilleures méthodes de prophylaxie et de désinfection. Au point de vue pratique, la réussite de l'Exposition est donc assurée.

L'emplacement choisi, quai Gambetta, est d'ailleurs pendant toute l'année, et surtout l'été, l'endroit le plus fréquenté de la ville ; le spectacle si animé du port, le voisinage du Casino et de la digue grandiose créée au boulevard Sainte-Beuve, sont autant d'éléments d'attraction.

L'on peut prédire à l'exposition d'hygiène de Boulogne-sur-Mer, le succès le plus complet.

Cours d'hygiène social. Professeur : M. le Dr A. J. Martin. — La conférence pratique du dimanche 27 mai 1894 aura lieu au dépotoir, rue d'Allemagne, 187, à 9 heures et demie très précises du matin.

Hopital Saint-Louis. — Le Dr Tenesson, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra son cours de *clinique dermatologique*, le lundi 21 mai, à 4 heures (salle des conférences) et le continuera les lundis suivants à la même heure. — *Présentation de malades.*

Chemin de fer d'Orléans. — *Bains de mer de l'Océan*, — Billets d'aller et retour à prix réduits valables pendant 33 jours.

Pendant la saison des bains de mer, du 1er mai au 31 octobre, il est délivré à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz,) des *Billets aller et retour* de toutes classes réduits de 40 0/0 en 1re classe, de 35 0/0 en 2e classe, de 30 0/0 en 3e classe, pour les stations balnéairss ci-après :

Saint-Nazaire, Pornichet, Escoublac-la-Brule, Le Pouliguen, Batz, Le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint-Gildas-de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle en-Mer), Lorient (Port-Louis, Larmor), Quimperlé (Pouldu), Concarneau (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-l'Abbé (Langoz, Loctudy), Douarnenez, Chateaulin (Pentrey, Crozon, Morgat).

La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet.

Exceptionnellement

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précédent pour les stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire inclus au Croisic et à Guérande inclus, a la faculté d'effectuer sans supplément de prix, soit à l'aller soit au retour, le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire dans les bateaux de la *Compagnie de la Basse-Loire.*

Le voyageur porteur d'un billet délivré pour les stations au-delà de Vannes vers Auray aura la faculté de s'arrêter à celles des stations suivantes qui seront comprises dans le parcours de son billet : Ste-Anne-d'Auray, Auray, Hennebont, Lorient, Quimperlé, Rosporden et Quimper.

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions ci-dessus à destination de Vannes est autorisé à s'arrêter à Questembert à l'*aller* et à repartir de ce point au *retour*.

En outre, le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précédent, pour l'une quelconque des stations balnéaires ci-dessus, aura le droit de s'arrêter, une seule fois, à l'*aller* et au *retour*, pendant 48 heures, soit à Nantes, soit en deçà.

Admission des voyageurs de 2e et 3e classes dans les trains express 19, 9 et 29.

Les trains express nos 19 et 9, partant de Paris (Gare d'Orléans) le premier à 8 h. 25 matin et le second à 11 h. 2 matin, prennent les voyageurs de 2e et 3e classes munis de billets de bains de mer à destination desdites stations.

Le train express no 29, partant de Paris (Gare d'Orléans) à 9 h. 25 soir, prend les voyageurs de 2e et 3e classes porteurs desdits billets de bains de mer.

Délivrance des billets à la gare du chemin de fer d'Orléans, quai d'Austerlitz au bureau, 8, rue de Londres, ainsi qu'à tous les autres bureaux succursales de la compagnie d'Orléans.

Nécrologie.— M. Chauvin, médecin à St-Denis-la-Chevasse (Vendée). — Le Dr Desplas, de Nice. — Le Dr Soubie, de Cormery (Indre-et-Loire), reçu en 1872. — Le Dr Rouault de la Chapelle-St-Laurent (Deux-Sèvres), reçu en 1866.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les excentriques ou déséquilibrés du cerveau, par le Dr Moreau, de Tours, in-8, 180 pages. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1894.

La blennorrhagie et ses complications, d'après les dernières données scientifiques et de nombreuses recherches personnelles, par le Dr Ernest Finger, Docent à l'Université de Vienne, traduit avec autorisation de l'auteur, d'après la troisième édition allemande (1893), par le Dr Albert Hoggu, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Université de Liège. 1 vol. in-8o avec 36 gravures dans le texte et 7 planches lithographiées hors texte, 12 fr. — Félix Alcan éditeur.

DYSPEPSIES.— *Vin de Chassaing.*—Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

GOUDRON FREYSSINGE.—Une cuillerée à café par verre de boisson, aux repas, contre *catarrhes* et *bronchites chroniques, maladies des voies urinaires, épidémies.*

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER. 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*